



Oficina del
Censo
Estados Unidos
Puerto Rico

La Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico

**Este folleto muestra el contenido
del cuestionario de la Encuesta
sobre la Comunidad de
Puerto Rico.**

**This questionnaire is available in either English or Spanish.
Este cuestionario está disponible en español o en inglés.**

To complete the Spanish questionnaire, begin on page 2. To complete the English questionnaire, flip this over and complete the purple side.

Please complete this form as soon as possible. Place it in the envelope provided and HOLD it for a census representative to return to pick it up.

If you need help or have questions about completing this form, call the number that our census representative has given you.

For more information about the Puerto Rico Community Survey, visit our website at: <http://www.census.gov/acs>

Para completar el cuestionario en español, comience en la página 2. Para completar el cuestionario en inglés, vírelo y complete el lado lila.

Por favor, complete este cuestionario tan pronto sea posible. Colóquelo en el sobre que se provee y GUÁRDELO hasta que un representante del censo lo venga a recoger.

Si necesita ayuda o tiene preguntas sobre cómo completar este cuestionario, llame al número de teléfono que le ha dado nuestro representante del censo.

Para obtener más información sobre la Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico, vaya a nuestra página en la Internet: <http://www.census.gov/acs>



- 1** **¿Cuál es su nombre?** Escriba su nombre en letra de molde. Incluya su número de teléfono y la fecha de hoy. Solo nos comunicaremos con usted si es necesario para asuntos oficiales de la Oficina el Censo.

Apellido

Nombre

Inicial

Código de área y número de teléfono

 -

Fecha

Mes

Día

Año

- 2** **¿Cuál es su sexo?** Marque (X) UNA casilla.

Masculino Femenino

- 3** **¿Cuál es su edad y su fecha de nacimiento?**

Para bebés menores de un año, no escriba la edad en meses. Solo escriba 0.

Escriba los números en las casillas.

Edad (en años) Mes Día Año de nacimiento

- A** **NOTA: Conteste AMBAS preguntas, la Pregunta 4 sobre origen hispano y la Pregunta 5 sobre raza. Para esta encuesta, origen hispano no es una raza.**

- 4** **¿Es usted de origen hispano, latino o español?**

- No, no de origen hispano, latino o español
- Sí, mexicano, mexicanoamericano, chicano
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano
- Sí, otro origen hispano, latino o español – Escriba, por ejemplo, salvadoreño, dominicano, colombiano, guatemalteco, español, ecuatoriano, etc. ↴

- 5** **¿Cuál es su raza?**

Marque (X) una o más casillas Y escriba los orígenes.

- Blanca – Escriba, por ejemplo, alemán, irlandés, inglés, italiano, libanés, egipcio, etc. ↴

- Negra o afroamericana – Escriba, por ejemplo, afroamericano, jamaicano, haitiano, nigeriano, etíope, somalí, etc. ↴

- Indígena de las Américas o nativa de Alaska – Escriba el nombre de la(s) tribu(s) en la(s) que está inscrita o la(s) tribu(s) principal(es), por ejemplo, Navajo Nation, Blackfeet Tribe, maya, azteca, Native Village of Barrow Inupiat Traditional Government, Nome Eskimo Community, etc. ↴

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Chamorra |
| <input type="checkbox"/> Otra asiática – Escriba, por ejemplo, pakistaní, camboyano, hmong, etc. ↴ | <input type="checkbox"/> Otra de las Islas del Pacífico – Escriba, por ejemplo, tongano, fiyiano, de las Islas Marshall, etc. ↴ | |

- Alguna otra raza – Escriba la raza o el origen. ↴



6 ¿Dónde nació usted?

En los Estados Unidos – *Escriba en letra de molde el nombre del estado.*

Fuera de los Estados Unidos – *Escriba en letra de molde Puerto Rico o el nombre del país extranjero, o de las Islas Vírgenes de los EE. UU., Guam, etc.*

7 ¿Es usted ciudadano(a) de los Estados Unidos?

Sí, nacido(a) en Puerto Rico → *PASE a la pregunta 9a*

Sí, nacido(a) en los Estados Unidos, el Distrito de Columbia, Guam, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos o las Islas Marianas del Norte

Sí, nacido(a) en el extranjero de padre o madre que es ciudadano(a) de los EE. UU.

Sí, ciudadano(a) de los Estados Unidos por naturalización. *Escriba el año de naturalización* ↗

No, no es ciudadano(a) de los Estados Unidos

8 ¿Cuándo vino usted a vivir a Puerto Rico?

Si usted vino a vivir a Puerto Rico más de una vez, escriba el último año.

Año

9 a. En cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha estudiado usted en una escuela o universidad? Incluya sólo pre-escolar o pre-kinder, kindergarten, escuela elemental, enseñanza en el hogar y escuela que conduce a un diploma de escuela superior o un título universitario.

No, no ha estudiado durante los últimos 3 meses → *PASE a la pregunta 10*

Escuela o universidad pública

Escuela o universidad privada o enseñanza en el hogar (home school)

b. ¿A qué grado o nivel escolar asistía usted? Marque (X) UNA casilla.

Pre-escolar o pre-kinder

Kindergarten

Grado 1 al 12 – *Especifique grado 1-12* ↗

Estudios universitarios al nivel de bachillerato (*freshman a senior*)

Escuela graduada o profesional más allá de un bachillerato universitario (por ejemplo, un programa de Maestría o Doctorado o una escuela de medicina o leyes)

10 ¿Cuál es el título o nivel escolar más alto que usted ha COMPLETADO? Marque (X) UNA casilla. Si está matriculado(a) actualmente, marque el grado escolar anterior o el título más alto recibido.**NO HA COMPLETADO NINGÚN GRADO**

No ha completado ningún grado

PRE-ESCOLAR O PRE-KINDER HASTA GRADO 12

Pre-escolar o pre-kinder

Kindergarten

Grado 1 al 11 – *Especifique grado 1-11* ↗

Grado 12, **SIN DIPLOMA**

GRADUADO(A) DE ESCUELA SUPERIOR

Diploma de escuela superior

GED o examen equivalente

UNIVERSIDAD O ALGUNOS CRÉDITOS UNIVERSITARIOS

Algunos créditos universitarios, pero menos de 1 año de créditos universitarios

1 año o más de créditos universitarios, sin título

Título asociado universitario (*por ejemplo: AA, AS*)

Título de bachillerato universitario (*por ejemplo: BA, BS*)

DESPUÉS DEL TÍTULO DE BACHILLERATO UNIVERSITARIO

Título de maestría (*por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA*)

Título profesional más allá de un título de bachillerato universitario (*por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, JD*)

Título de doctorado (*por ejemplo: PhD, EdD*)



B Conteste la pregunta 11 si tiene un título de bachillerato universitario o más alto. De lo contrario, PASE a la pregunta 12.

11 Esta pregunta se enfoca en su **TÍTULO DE BACHILLERATO UNIVERSITARIO**. Por favor, escriba en letra de molde el título específico de la concentración de estudio de cualquier **TÍTULO DE BACHILLERATO UNIVERSITARIO** específico(s) que usted recibió. (Por ejemplo: ingeniería química, enseñanza de educación primaria, o psicología organizacional)

12 ¿Cuál es su ascendencia u origen étnico?

(Por ejemplo: italiana, jamaicana, afroamericana, camboyana, de Cabo Verde, noruega, dominicana, francocanadiense, haitiana, coreana, libanesa, polaca, nigeriana, mexicana, taiwanesa, ucraniana, entre otras.)

13 a. En su hogar, ¿habla usted un idioma que no sea inglés?

- Sí
 No → PASE a la pregunta 14a

b. ¿Qué idioma es ese?

Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés

c. ¿Cuán bien habla usted el inglés?

- Muy bien
 Bien
 No bien
 No habla inglés

14 a. ¿Vivía usted en esta dirección hace 1 año?

- Persona es menor de 1 año de edad → PASE a la pregunta 16
 Sí, en esta dirección → PASE a la pregunta 15
 No, fuera de Puerto Rico y los Estados Unidos – Escriba en letra de molde continuación el nombre del país extranjero o las Islas Vírgenes de los EE. UU., Guam, etc.; luego PASE a la pregunta 15

- No, en una dirección diferente en los Estados Unidos o Puerto Rico

b. ¿Dónde vivía usted hace 1 año?

Dirección
 Nombre de urbanización o condominio
 Número y nombre de la calle

Nombre de la ciudad, pueblo, oficina de correos, instalación o base militar

Nombre del municipio en Puerto Rico o condado de los Estados Unidos

Anote Puerto Rico o el nombre del estado de los Estados Unidos

Código Postal

15 EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿recibió usted beneficios del gobierno por medio del Programa de Asistencia Nutricional? NO incluya WIC, ni el Programa de Almuerzos Escolares, ni ayuda de bancos de alimentos.

- Sí
 No

16 ¿Tiene usted cobertura ACTUALMENTE de cualquiera de los siguientes tipos de seguros de salud o planes de cobertura de seguro de salud? Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura en las respuestas a–h.

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Seguro a través de su patrono o sindicato (unión), actual o previo, (de usted o de cualquier otro miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por usted o por cualquier otro miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. TRICARE u otro seguro de salud militar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. VA (se ha registrado en el sistema de cuidado de salud militar de la VA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Servicio de Salud Indio (Indian Health Service) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Cualquier otro tipo de seguro de salud o plan de cobertura de seguro de salud – Especifique ↴ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



C Conteste la pregunta 17a si usted tiene seguro de salud. De lo contrario, PASE a la pregunta 18a.

17 a. **¿Tiene este plan una prima o cuota?** Una prima o cuota es una cantidad fija de dinero que se paga regularmente para la cobertura de salud. No incluye los copagos, deducibles ni otros gastos, tales como los costos de las medicinas recetadas.

- Sí
 No → PASE a la pregunta 18a

b. **¿Recibe usted o algún otro miembro de la familia un crédito fiscal o subsidio basado en su ingreso como ayuda para pagar la prima o cuota?**

- Sí
 No

18 a. **¿Es usted sordo(a) o tiene una dificultad seria para oír?**

- Sí
 No

b. **¿Es usted ciego(a) o tiene una dificultad seria para ver aunque lleve puestos espejuelos o lentes?**

- Sí
 No

D Conteste las preguntas 19a – c si usted tiene 5 años de edad o más. De lo contrario, PASE a la sección **J** en la página 10 para instrucciones adicionales; no conteste más preguntas.

19 a. **Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene usted una dificultad seria para concentrarse, recordar o tomar decisiones?**

- Sí
 No

b. **¿Tiene usted una dificultad seria para caminar o subir las escaleras?**

- Sí
 No

c. **¿Tiene usted dificultad para vestirse o bañarse?**

- Sí
 No

E Conteste la pregunta 20 si usted tiene 15 años de edad o más. De lo contrario, PASE a la sección **J** en la página 10 para instrucciones adicionales; no conteste más preguntas.

20 **Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene usted dificultad para hacer diligencias solo(a), tal como ir al consultorio de un médico o ir de compras?**

- Sí
 No

21 **¿Cuál es su estado civil?**

- Casado(a) actualmente
 Viudo(a)
 Divorciado(a)
 Separado(a)
 Nunca se ha casado → PASE a la sección **F** en la próxima página

22 **En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿usted –**

- | | Sí | No |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| a. se casó? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. enviudó? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. se divorció? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

23 **¿Cuántas veces ha estado usted casado(a)?**

- Una vez
 Dos veces
 Tres veces o más

24 **¿En qué año se casó usted la última vez?**

Año



F Conteste la pregunta 25 si usted es del sexo femenino y tiene de 15 a 50 años de edad. De lo contrario, PASE a la pregunta 26a.

25 ¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha dado a luz usted?

- Sí
 No

26 a. ¿Tiene usted algún nieto menor de 18 años que viva en este lugar?

- Sí
 No → PASE a la pregunta 27

b. ¿Es usted actualmente responsable de la mayoría de las necesidades básicas de algunos de sus nietos menores de 18 años que viven en este lugar?

- Sí
 No → PASE a la pregunta 27

c. ¿Cuánto tiempo hace que usted es responsable de este(os) nieto(s)? Si usted es responsable económicamente de más de un nieto, conteste la pregunta para el nieto del cual haya sido responsable por más tiempo.

- Menos de 6 meses
 6 a 11 meses
 1 ó 2 años
 3 ó 4 años
 5 años o más

27 ¿Ha estado usted alguna vez en el servicio militar activo en las Fuerzas Armadas, la Reserva Militar o la Guardia Nacional de los Estados Unidos?

Marque (X) UNA casilla.

- Nunca estuvo en el servicio militar → PASE a la pregunta 30a
 Servicio activo solamente para entrenamiento de la Reserva Militar o la Guardia Nacional → PASE a la pregunta 29a
 En servicio activo ahora
 En servicio activo en el pasado, pero no ahora

28 ¿Cuándo estuvo usted en servicio militar activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?

Marque (X) una casilla para CADA período durante el cual usted estuvo en servicio militar, aunque fuera sólo por parte del período.

- Septiembre del 2001 ó después
 Agosto del 1990 a agosto del 2001 (incluyendo la Guerra del Golfo Pérsico)
 Mayo del 1975 a julio del 1990
 Época de Vietnam (agosto del 1964 a abril del 1975)
 Febrero del 1955 a julio del 1964
 Guerra de Corea (julio del 1950 a enero del 1955)
 Enero del 1947 a junio del 1950
 Segunda Guerra Mundial (diciembre del 1941 a diciembre del 1946)
 Noviembre del 1941 ó antes

29 a. ¿Tiene usted una clasificación de incapacidad de la VA relacionada con el servicio?

- Sí (tal como 0%, 10%, 20%, ... 100%)
 No → PASE a la pregunta 30a

b. ¿Qué por ciento de incapacidad relacionada con el servicio militar tiene usted?

- 0 por ciento
 10 ó 20 por ciento
 30 ó 40 por ciento
 50 ó 60 por ciento
 70 por ciento o más



30 a. LA SEMANA PASADA, ¿hizo usted algún trabajo por paga en un empleo (o negocio)?

- Sí → PASE a la pregunta 31
- No – No trabajó (o está retirado(a))

b. LA SEMANA PASADA, ¿hizo usted CUALQUIER trabajo por paga, incluso aunque fuese por una hora?

- Sí
- No → PASE a la pregunta 36a

31 ¿En qué lugar trabajó usted LA SEMANA PASADA? Si trabajó en más de un lugar, escriba en letra de molde la dirección donde usted trabajó la mayor parte de la semana.

a. Dirección
Nombre de urbanización o condominio
Número y nombre de la calle

Si no sabe la dirección exacta, dé una descripción de la localización, tal como el nombre del edificio o la calle o intersección más cercana.

b. Nombre de la ciudad, pueblo, oficina de correos, instalación o base militar

c. ¿Está localizado el lugar de trabajo dentro de los límites de esa ciudad o pueblo?

- Sí
- No, fuera de los límites de la ciudad/pueblo

d. Nombre del municipio en Puerto Rico o condado de los Estados Unidos

e. Anote Puerto Rico o nombre del estado de los Estados Unidos o país extranjero

f. Código Postal

32 ¿Cómo llegó usualmente usted al trabajo LA SEMANA PASADA? Marque (X) UNA casilla para el medio de transportación que utilizó por más distancia.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Automóvil, camión o van | <input type="checkbox"/> Taxi |
| <input type="checkbox"/> Autobús | <input type="checkbox"/> Motocicleta |
| <input type="checkbox"/> Tren urbano | <input type="checkbox"/> Bicicleta |
| <input type="checkbox"/> Tren de viajes largo de cercanías | <input type="checkbox"/> Camión |
| <input type="checkbox"/> Carro público | <input type="checkbox"/> Trabajó en esta dirección → PASE a la pregunta 40a |
| <input type="checkbox"/> Lancha (ferry) | <input type="checkbox"/> Otro método |

G Conteste la pregunta 33 si marcó "Automóvil, camión o van" en la pregunta 32. De lo contrario, PASE a la pregunta 34.

33 ¿Cuántas personas, incluyéndolo(a) a usted, usualmente viajaron al trabajo en el automóvil, camión o van LA SEMANA PASADA?

Persona(s)

34 LA SEMANA PASADA ¿a qué hora usualmente comenzó usted su viaje al trabajo?

Hora Minutos a.m.
 p.m.

 a.m.
 p.m.

35 ¿Cuántos minutos le tomó a usted usualmente ir de esta dirección al trabajo LA SEMANA PASADA?

Minutos

H Conteste las preguntas 36 – 39 si usted NO trabajó la semana pasada. De lo contrario, PASE a la pregunta 40a.

36 a. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo usted suspendido(a) (on layoff) o en cesantía de un empleo?

- Sí → PASE a la pregunta 36c
- No

b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo usted ausente TEMPORERAMENTE de su empleo o negocio?

- Sí, de vacaciones, enfermedad temporera, licencia por maternidad, otras razones personales o relacionadas con la familia, mal tiempo, etc. → PASE a la pregunta 39
- No → PASE a la pregunta 37

c. ¿Se le ha informado a usted que será llamado(a) de nuevo a trabajar dentro de los próximos 6 meses O se le ha dado una fecha para regresar al trabajo?

- Sí → PASE a la pregunta 38
- No



37 Durante las **ÚLTIMAS 4 SEMANAS**, ¿ha estado usted buscando trabajo **ACTIVAMENTE**?

- Sí
- No → PASE a la pregunta 39

38 LA SEMANA PASADA, ¿hubiera podido usted comenzar un empleo si se le hubiera ofrecido uno, o hubiera podido regresar al trabajo si se le hubiera llamado de nuevo?

- Sí, hubiera podido ir a trabajar
- No, debido a una enfermedad temporera propia
- No, debido a otras razones (en la escuela, etc.)

39 ¿Cuándo trabajó usted por última vez, aunque fuera por unos pocos días?

- En los últimos 12 meses
- Hace 1 a 5 años → PASE a la sección **I**
- Hace más de 5 años o nunca trabajó → PASE a la pregunta 43

40 a. ¿Durante los **ÚLTIMOS 12 MESES (52 semanas)**, ¿trabajó usted **TODAS** las semanas? Incluya como trabajo vacaciones pagadas, licencia por enfermedad pagada y servicio en las Fuerzas Armadas.

- Sí → PASE a la pregunta 41
- No

b. Durante los **ÚLTIMOS 12 MESES (52 semanas)**, ¿cuántas **SEMANAS** trabajó usted? Incluya vacaciones o licencias pagadas e incluya semanas en que usted solo trabajó por unas pocas horas.

Semanas

41 En las **SEMANAS TRABAJADAS** durante los **ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿cuántas horas trabajó usualmente usted cada **SEMANA**?

Horas usualmente trabajadas cada SEMANA

I Conteste las preguntas 42a – f sólo si usted trabajó durante los últimos 5 años. De lo contrario, PASE a la pregunta 43.

42 DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

La serie de preguntas que sigue es sobre el tipo de empleo que usted tenía la semana pasada.

Si usted tenía más de un empleo, describa el empleo en el cual trabajó más horas. Si usted no trabajó la semana pasada, describa el empleo más reciente en los últimos cinco años.

a. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su empleo de la semana pasada o su empleo más reciente en los últimos 5 años?

Marque (X) UNA casilla.

EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO

- Compañía u organización **con fines de lucro**
- Organización **sin fines de lucro** (incluso las organizaciones exentas de impuestos y las organizaciones caritativas)

EMPLEADO DEL GOBIERNO

- Gobierno local** (por ejemplo: ciudad, condado o municipio)
- Gobierno estatal** (incluso distritos escolares y universidades estatales)
- Servicio activo** en las Fuerzas Armadas de los EE. UU. o en el Cuerpo de Comisionados
- Empleado civil del **gobierno federal**

EMPLEADO POR CUENTA PROPIA U OTRO

- Propietario(a)** de un negocio, una práctica profesional o una finca **no incorporada**
- Propietario(a)** de un negocio, una práctica profesional o una finca **incorporada**
- Trabajó **sin paga** en un negocio o finca de la familia **con fines de lucro** 15 horas o más a la semana

b. ¿Cuál era el nombre de su patrono, negocio, agencia o rama de las Fuerzas Armadas?

c. ¿Qué tipo de negocio o industria era este? Incluya la actividad, producto o servicio principal que se ofrecía en el lugar de empleo. (Por ejemplo: escuela primaria, construcción residencial)

d. ¿Era este(a) principalmente de – Marque (X) UNA casilla.

- manufactura?
- comercio al por mayor?
- comercio al detal?
- otro (agricultura, construcción, servicio, gobierno, etc.)?



e. ¿Cuál era su ocupación principal?

(Por ejemplo: maestro(a) de 4to grado, plomero(a) principiante)

f. Describa su actividades o deberes más importantes. (Por ejemplo: dar clases y evaluar a los estudiantes y planificar lecciones, montar e instalar tramos de tubería y revisar los planes de construcción para las especificaciones del trabajo)

43 INGRESO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

Marque (X) la casilla "Sí" por cada tipo de ingreso que recibió y anote el mejor estimado de la CANTIDAD TOTAL recibida durante los ÚLTIMOS 12 MESES.

(NOTA: Los "últimos 12 meses" es el período desde la fecha de hoy hace un año hasta hoy.)

Marque (X) la casilla "No" para mostrar los tipos de ingresos NO recibidos.

Si el ingreso neto fue una pérdida, marque la casilla "Pérdida" a la derecha de la cantidad en dólares.

Para ingreso recibido en conjunto, sólo informe la parte que le corresponde a usted.

a. ¿Recibió usted jornales, salarios, comisiones, bonificaciones o propinas en los ÚLTIMOS 12 MESES?

- Sí → ¿Cuál fue la cantidad de todos los empleos antes de aplicarse las deducciones por impuestos, bonos, cuotas u otras cosas?

Cantidad total – Dólares

- No

b. ¿Tuvo usted algún ingreso de empleo por cuenta propia en su negocio no agrícola o finca comercial, ya sea como propietario(a) único(a) o en sociedad en los ÚLTIMOS 12 MESES?

- Sí → ¿Cuál fue el ingreso neto después de descontar los gastos de negocio?

Cantidad total – Dólares

Pérdida

- No

c. ¿Recibió usted intereses, dividendos, ingreso neto por rentas, ingreso por derechos de autor, o ingreso por herencias y fideicomisos en los ÚLTIMOS 12 MESES? Informe cantidades acreditadas a una cuenta aunque sean pequeñas.

- Sí → ¿Cuál fue la cantidad?

Cantidad total – Dólares

Pérdida

- No

d. ¿Recibió usted algún ingreso de Seguro Social o ingreso de retiro para personal de los ferrocarriles en los ÚLTIMOS 12 MESES?

- Sí → ¿Cuál fue la cantidad?

Cantidad total – Dólares

- No

e. ¿Recibió usted algún ingreso de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) en los ÚLTIMOS 12 MESES?

- Sí → ¿Cuál fue la cantidad?

Cantidad total – Dólares

- No

f. ¿Recibió usted algún pago de asistencia o bienestar público (welfare) de la oficina de bienestar estatal o local en los ÚLTIMOS 12 MESES?

- Sí → ¿Cuál fue la cantidad?

Cantidad total – Dólares

- No

g. ¿Recibió usted algún ingreso por retiro, pensiones, ingreso por discapacidad o de sobreviviente en los ÚLTIMOS 12 MESES?

Incluya ingresos de un patrono o sindicato previo, retiros o distribuciones periódicas de una cuenta individual de retiro (IRA, por sus siglas en inglés), una IRA no deducible (Roth IRA), un plan 401(k), 403(b) u otras cuentas diseñadas específicamente para el retiro. No incluya el Seguro Social.

- Sí → ¿Cuál fue la cantidad?

Cantidad total – Dólares

- No

h. ¿Tuvo usted alguna otra fuente de ingreso recibido regularmente, tal como pagos de la Administración de Veteranos (VA), compensación por desempleo, pensión para hijos menores, pensión alimenticia, o pensión de su ex pareja en los ÚLTIMOS 12 MESES?

NO incluya pagos de mayor cantidad recibidos una sola vez, tal como dinero de una herencia o de la venta de una casa.

- Sí → ¿Cuál fue la cantidad?

Cantidad total – Dólares

- No

44 ¿Cuál fue su ingreso total en los ÚLTIMOS 12 MESES? Sume las cantidades anotadas en las preguntas 43a–43h; reste cualquier pérdida. Si el ingreso neto fue una pérdida, anote la cantidad y marque (X) la casilla "Pérdida" al lado de la cantidad.

Ninguno

ó

Cantidad total – Dólares

Pérdida



J Muchas gracias por su participación.

Coloque el cuestionario en el sobre y **GUÁRDELO** hasta que su Representante de la Oficina del Censo lo recoja.

COPIA DE INFORMACIÓN

La Oficina del Censo estima que le tomará 25 minutos completar este cuestionario, incluyendo el tiempo para repasar las instrucciones y respuestas. Los comentarios sobre el estimado del tiempo, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo que toma, deben dirigirse a: Paperwork Reduction Project, U.S. Census Bureau, 4600 Silver Hill Road, ADDC-4H277, Washington, DC 20233. Puede enviar sus comentarios por correo electrónico a aco.pra@census.gov: escriba "Paperwork Project" en el espacio para el tema.

No se requiere que las personas respondan a ninguna recopilación de información a menos que ésta tenga un número válido aprobado de la Oficina de Administración y Presupuesto. Este número de 8 dígitos se encuentra en la parte inferior derecha de la cubierta de este cuestionario.



CENSUS USE ONLY

1. ¿Quién contestó las preguntas de este cuestionario? *Marque (X) una casilla.*

- Residente en la muestra
- Individuo con poder o autorización para responder en nombre del residente en la muestra
- Individuo con clasificación de empleado especial juramentado
- Una combinación de fuentes
- No sabe

2. ¿Cómo se completaron las preguntas de este cuestionario? *Marque (X) una casilla.*

- Por auto-respuesta
- Por medio de una entrevista en persona – *Especifique la razón* ↘

3. ¿Se usaron registros administrativos para completar cualquiera de las preguntas de este cuestionario? *Marque (X) una casilla.*

- No**
- Sí, se usó alguna** información de registros administrativos para completar este cuestionario
- Sí, todas** las respuestas de este cuestionario se obtuvieron de información de registros administrativos
- No sabe

Códigos de Resultado Final

Marque (X) UNO de los códigos a continuación para indicar el resultado final del caso. Si marcó el código 219 ó 243, explique la razón en el espacio a continuación.

Interview	Noninterview
<input type="checkbox"/> 201 <input type="checkbox"/> 203	<input type="checkbox"/> 213 <input type="checkbox"/> 214 <input type="checkbox"/> 215 <input type="checkbox"/> 217 <input type="checkbox"/> 218 <input type="checkbox"/> 219 <input type="checkbox"/> 233 <input type="checkbox"/> 241
Fuera de la muestra →	<input type="checkbox"/> 243
Otra, especifique →	<input type="checkbox"/> ____

Razón (código 219 ó 243):

I have reviewed the questionnaire for completeness.

FR's name

Username

Date of interview



COPIA DE INFORMACIÓN

